

# **EXHIBIT 106**

# ANTIDOPING CONTROL

## Test certificate

Contrôle sanguin / Blood test ☐

2. Sexe: Masculin / Male ☒  
 Sex: Féminin / Female ☐  
 4. Lieu / Place: ESCH SUR ALZETTE

6. Discipline: ROUTE G.T.

Prénom: FLOYD  
First name: \_\_\_\_\_

9. Fédération nationale ayant délivré la licence:  
National federation which delivered the license:

VSA

13. Heures de prélèvement: 17,30  
Time of sampling:

Densité / Specific gravity\* \_\_\_\_\_

15. Heure de refus du coureur:   
Time of rider's refusal:

16. Médicaments pris:  
Pharmaceutical drugs taken by rider: \_\_\_\_\_

**Contents of the health booklet:**

Contents of the health booklet:  
 5.05.06 Decan + Phana + Teflito Local G. 8 Milk ANT  
 5.05.06 Methyl pred. 200 5 Teflito Arab G. 8 Milk ANT

17. Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT) ☒ Oui / Yes  
Therapeutic use exemption (TUE) ☐ Non / No
18. Sauf les remarques ci-après, je confirme la régularité des opérations de prélèvement.  
Subject to the comments below, I confirm that the sample was taken in accordance with the regulations.

OK

Signature du coureur qui accuse également réception de sa copie:  
Rider's signature who also acknowledges receipt of his copy: \_\_\_\_\_

19. Accompagnateur: YEMIR  
Assistant: \_\_\_\_\_ (signature)

20. Médecin contrôleur: BORDABERRY GERARD  
Examining doctor: \_\_\_\_\_ (nom/name) \_\_\_\_\_ (signature)


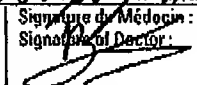
Agent de prélèvement sanguin:  
Blood collection officer: \_\_\_\_\_ (signature)

21. Inspecteur antidopage: MERAVIGLIA GIOVANNI Meraviglia Giovanni  
Antidoping inspector: (nom/name) (signature)

# **PROCÈS-VERBAL DE CONTRÔLE ANTIDOPAGE / DOPING CONTROL FORM** **CONFIDENTIEL ! / CONFIDENTIAL !**

Nom et prénom du Sportif / Name of person to be tested : <b>LANDIS FLOYD</b>		Nationalité de la Fédération dont relève le sportif / The Federation's nationality of the person to be tested : <b>USA</b>	
Adresse / Postal address : <b>23356 BISHOP ROAD CA 92562 HUNTERIA (USA)</b> N° de licence : <b>0020242</b>		Organisme demandant le contrôle / Organization requesting the test : <input type="checkbox"/> Ministère chargé des Sports <input type="checkbox"/> Direction régionale de la Jeunesse et des Sports <input type="checkbox"/> Fédération nationale <input checked="" type="checkbox"/> Fédération internationale <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> <b>Conseil de prévention et de lutte contre le dopage</b>  <b>27 JUL. 2006</b> </div>	
Nationalité / Nationality : <b>USA</b>	Date de naissance : <b>14 10 1975</b>	Sexe / Sex : <b>M</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>F</b> <input type="checkbox"/>	Inopiné : Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
Fédération - Discipline / Sport : <b>UCI PPC CYCLISME</b>		Type de contrôle / Type of test : <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>           Compétition            Internationale <input checked="" type="checkbox"/>            Nationale <input type="checkbox"/>            Régionale <input type="checkbox"/> </div> <div>           Hors compétition            En club <input type="checkbox"/>            Stage hors club <input type="checkbox"/>            Cabinet médical <input type="checkbox"/>            Suivi <input type="checkbox"/> </div> </div>	
Nom de l'épreuve - Ville - CP / Event and place : <b>TOUR DE FRANCE 9ème ÉTAPE</b>			

## **Notification de contrôle et accusé de réception / Notification of testing and acknowledgement**

Vous êtes convoqué(e) à un contrôle antidopage / You are hereby summoned to appear for doping test			
Date / Date : <b>11/07/2006</b>	Heure de remise de la notification : <b>17h 10</b>	Lieu du contrôle / Place of test : <b>DAX (VILLE MOBILE)</b>	
Je confirme avoir reçu et pris connaissance de cette convocation. Je suis conscient que je serai en infraction et que je serai passible de sanctions si je ne me présente pas au contrôle, muni(e) d'une licence de compétition avec photo en cours de validité. Je prends acte que je peux me faire accompagner lors du contrôle par une personne de mon choix. I hereby acknowledge that I have received and examined this summons. I am aware that I will be violating the charter of the organization if I do not attend the test, for which I may be sanctioned. Bring a valid identification or a valid competition card with a photo. I'm informed that I may be accompanied by one person of my choice during testing.		Nom et signature du sportif à contrôler : <b>LANDIS</b> Print name and signature of person to be tested :  Nom et signature du Délégué Fédéral / Name and signature of Federal Delegate : <b>MERAPIGA GIOVANNI</b> Nom et prénom du médecin / Name of doctor (en toutes lettres) : <b>BORRA BERRY GERARD</b> Signature du Médecin : 	

## **Réalisation du contrôle / Test completion**

Heure d'arrivée / Time of arrival : <b>17h 15</b>	Date du prélèvement / Sampling date : <b>11/07/2006</b>	Heure du prélèvement / Sampling time : <b>17h 30</b>	Identification / Identification : Licence / Licence : <input checked="" type="checkbox"/> Carte d'identité / ID : <input type="checkbox"/> Passport / Passport : <input type="checkbox"/> Autre / Other : <input type="checkbox"/>
Échantillons A et B / Samples A and B Code Flacon (et container) n° / bottle Code <b>994203</b>		Quantité totale d'urine, sang, ml Total amount of urine, blood, ml <b>100 ml</b>	Densité / Specific Gravity <b>1.030</b> pH / pH <b>6</b>

## **Échantillon d'urine insuffisant / Insufficient urine sample**

Scalés intermédiaires (à utiliser en cas d'échantillon insuffisant, si moins de 75 ml d'urine). Intermediate seal number(s) (for use in the case of an insufficient sample, less than 75 ml of urine).	Premier n° / First n°	Deuxième n° / Second n°	Troisième n° / Third n°
---	-----------------------	-------------------------	-------------------------

## **Constat de non-venue au contrôle / The athlete failed to come for control**


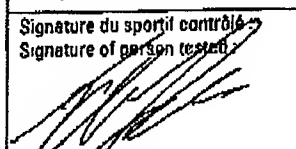
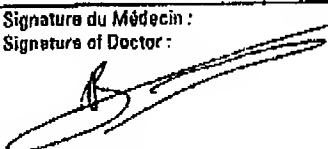
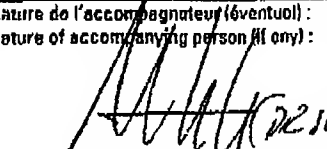
Signature du Médecin / Signature of Doctor :	Refus Refusal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Empêchement Obstacle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
--	---	--

## **Médicaments / Drugs** ☒ OUI ☐ NON

## **Commentaires sur la procédure / Comments on procedure**

Médicaments déclarés avoir été pris récemment / Drugs declared to have been recently used : (éventuellement nom du médecin prescripteur) <b>S-500 Dac et harnais de bike 6.8 weeks S-500 Vellyl medicine used 6.8 weeks</b>	Commentaires sur la procédure / Comments on procedure : <b>Bandelettes urinaires Trans-jurats</b>
---	--

## **Confirmation / Confirmation**

Je déclare sur l'honneur que les renseignements que j'ai donnés ci-dessus sont exacts et que j'approuve la procédure de contrôle. / I declare on honour that the information I have given above is true and I approve the testing procedure.		Signature du Délégué Fédéral Signature of Federal Delegate : 
Signature du sportif contrôlé Signature of person tested : 	Signature du Médecin : Signature of Doctor : 	Signature de l'accompagnateur (éventuel) : Signature of accompanying person (if any) : 

## CONTRÔLE ANTIDOPAGE

Attestation du déroulement du contrôle

- Contrôle urinaire / Urine test ☒
1. En compétition / In competition ☒  
Hors compétition / Out of competition ☐
3. Date: 13/07/2006
5. Course (nom, étape): TOUR DE FRANCE 1<sup>ère</sup> ÉTAPE  
Race (name, stage):
7. Nom du coureur: LANDIS  
Surname of rider:
- Adresse du coureur: 23356 BISHOP ROAD CA 92562 MURRIETA (USA)  
Address of the rider:
8. Code UCI: USA 19754014  
UCI Code:
10. Numéro de licence: 0020272  
License number:
11. Tiré au sort / Random: Oui / Yes ☐ Non / No ☒
12. Heure de présentation: 18h00  
Presentation time:  
Volume 100 ml pH\* 5  
\*Optionnel / Optional
14. Code des flacons: 994277 A + B  
Bottle codes:
16. Médicaments pris:  
Pharmaceutical drugs taken by rider:

## ANTIDOPING CONTROL

Test certificate

- Contrôle sanguin / Blood test ☐
2. Sexe: Masculin / Male ☒  
Sex: Féminin / Female ☐
4. Lieu / Place: PLA - DE - BÉRET
6. Discipline: ROUTE GRAN TOUR  
Discipline:  
Prénom: FLOYD  
First name:
9. Fédération nationale ayant délivré la licence:  
National federation which delivered the license:  
USA
13. Heure de prélèvement: 18h20  
Time of sampling:  
Densité / Specific gravity\* 1.030
15. Heure de refus du coureur:  
Time of rider's refusal:

Contenu du livret de santé:

Contents of the health booklet:

55.06 Dexamethasone local 6.8 week  
05.05.06 Methyldprednisolone local 6.8 week  
8.7.06 Dexamethasone local 2 weeks  
8.7.06 Methyldprednisolone 2 weeks

AVT

17. Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT) ☒  
Therapeutic use exemption (TUE) Non / No ☐
18. Sauf les remarques ci-après, je confirme la régularité des opérations de prélèvement.  
Subject to the comments below, I confirm that the sample was taken in accordance with the regulations.
- Traus Proteins en Bandellets univariés  
Signature du coureur qui accuse également réception de sa copie:  
Rider's signature who also acknowledges receipt of his copy:
19. Accompagnateur: JENNY (nom/name)  
Assistant: (signature)
20. Médecin contrôleur: BORDABERRY GERARD (nom/name)  
Examining doctor: (signature)
- Agent de prélèvement sanguin:  
Blood collection officer: (nom/name) (signature)
21. Inspecteur antidopage: MERAVIGLIA GIOVANNI (nom/name)  
Antidoping inspector: (signature)

# PROCÈS-VERBAL DE CONTRÔLE ANTIDOPAGE / DOPING CONTROL FORM CONFIDENTIEL ! / CONFIDENTIAL !

Nom et prénom du Sportif / Name of person to be tested: <b>LANDIS, FLOYD</b>		Nationalité de la Fédération dont relève le sportif / The Federation's nationality of the person to be tested: <b>U.S.A.</b>	
Adresse / Postal address: <b>23356 BISHOP ROAD CA 92562 HURRIET A. U.S.A.</b>		Organisme demandant le contrôle / Organization requesting the test: <input type="checkbox"/> Ministère chargé des Sports <input type="checkbox"/> Direction régionale de la Jeunesse et du Sport <input type="checkbox"/> Fédération nationale <input checked="" type="checkbox"/> Fédération internationale	
N° de licence: <b>0020272/USA 1975/10/14</b>		Type de contrôle / Type of test: Inopiné: Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Compétition: Internationale <input checked="" type="checkbox"/> Nationale <input type="checkbox"/> Régionale <input type="checkbox"/> Hors compétition: En club <input type="checkbox"/> Stage hors club <input type="checkbox"/> Cabinet médical <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/>	
Nationalité / Nationality: <b>U.S.A.</b>	Date de naissance / Birth Date: <b>1975/10/14</b>	Sexe / Sex: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>COURRIER</b>  <b>20 JUL. 2006</b>  <b>ARRIVÉE</b> </div>
Fédération - Discipline / Sport: <b>UCI - EF CYCLISME</b>			
Nom de l'épreuve - Ville - CP / Event and place: <b>TOUR DE FRANCE 2<sup>ème</sup> ET.</b>			

## Notification de contrôle et accusé de réception / Notification of testing and acknowledgement

Vous êtes convoqué(e) à un contrôle antidopage / You are hereby summoned to appear for doping test		
Date / Date: <b>19-07-2006</b>	Heure de remise de la notification: <b>16.30h</b>	Lieu du contrôle / Place of test: <b>CARCASSONNE UNITÉ MOBILE</b>
Je confirme avoir reçu et pris connaissance de cette convocation. Je sais que je serai en infraction et que je serai passible de sanctions si je ne me présente pas au contrôle, muni(e) d'une licence de compétition avec photo en cours de validité. Je prends acte que je peux me faire accompagner lors du contrôle par une personne de mon choix. I hereby acknowledge that I have received and examined this summons. I am aware that I will be violating the charter of the organization if I do not attend the test, for which I may be sanctioned. Bring a valid identification or a valid competition card with a photo. I'm informed that I may be accompanied by one person of my choice during testing.		
Nom et signature du sportif à contrôler / Print name and signature of person to be tested: <b>LANDIS FLOYD</b>		Signature du Médecin / Signature of Doctor: <b>OLIVIER BROCHARD</b>
Nom et signature du Délégué Fédéral / Name and signature of Federal Delegate: <b>VAN GESTEL JAN</b>		

## Réalisation du contrôle / Test completion

Heure d'arrivée / Time of arrival: <b>17.15 h</b>	Date du prélèvement / Sampling date: <b>14-07-2006</b>	Heure du prélèvement / Sampling time: <b>17.25 h</b>	Identification / Identification: Licence / Licence: <input checked="" type="checkbox"/> Carte d'identité / ID: <input type="checkbox"/> Passport / Passport: <input type="checkbox"/> Autre / Other: <input checked="" type="checkbox"/>
Échantillons A et B / Samples A and B Code Flacon (et container) n° / bottle Code <b>994276</b>		Quantité totale d'urine, sang, ml Total amount of urine, blood, ml <b>100 cc</b>	Densité / Specific Gravity <b>1.030</b> pH / pH <b>5.5</b>

## Échantillon d'urine insuffisant / Insufficient urine sample

Scalées intermédiaires (à utiliser en cas d'échantillon insuffisant, si moins de 75 ml d'urine). Intermediary seal numbers (for use in the case of an insufficient sample, less than 75 ml of urine).			
Premier n° / First n°	Deuxième n° / Second n°	Troisième n° / Third n°	

## Constat de non-venue au contrôle / The athlete failed to come for control

Signature du Médecin / Signature of Doctor:	Refus / Refusal: Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Empêchement / Obstacle: Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	--

## Médicaments / Drugs ☒ OUI ☐ NON

## Commentaires sur la procédure / Comments on procedure

Médicaments déclarés avoir été pris récemment / Drugs declared to have been recently used: (éventuellement nom du médecin prescripteur) <b>5/5/06 Dexaméthasone + Rétrovirus + ART 6-8 weeks</b> <b>8/5/06 Dexaméthasone + Rétrovirus + ART 2-3 weeks</b> <b>15/06 Rétrovirus + ART 2-3 weeks</b>	Commentaires sur la procédure / Comments on procedure:
---	--

## Confirmation / Confirmation

Je déclare sur l'honneur que les renseignements que j'ai donnés ci-dessus sont exacts et que j'approuve la procédure de contrôle. / I declare of honour that the information I have given above is true and I approve the testing procedure.		Signature du Délégué Fédéral / Signature of Federal Delegate: <b>[Signature]</b>
Signature du sportif contrôlé / Signature of person tested: <b>[Signature]</b>	Signature du Médecin / Signature of Doctor: <b>[Signature]</b>	Signature de l'accompagnateur (éventuel) / Signature of accompanying person (if any): <b>[Signature]</b>

# **PROCÈS-VERBAL DE CONTRÔLE ANTIDOPAGE / DOPING CONTROL FORM** **CONFIDENTIEL / CONFIDENTIAL**

Nom et prénom du Sportif / Name of person to be tested : <b>LANDIS, FLOYD</b>		Nationalité de la Fédération dont relève le sportif / The Federation's nationality of the person to be tested : <b>U.S.A.</b>	
Adresse / Postal adress : <b>23356 Bishop Road CA-92562 HURRIETA U.S.A</b>		Organisme demandant le contrôle / Organization requesting the test : <input type="checkbox"/> Ministère chargé des Sports <input type="checkbox"/> Direction régionale de la Jeunesse et des Sports <input type="checkbox"/> Fédération nationale <input checked="" type="checkbox"/> Fédération internationale	
N° de licence : <b>0020272 / USA 19751014</b>		Type de contrôle / Type of test : Inopiné : Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Compétition : <input checked="" type="checkbox"/> Hors compétition : <input type="checkbox"/> Internationale <input checked="" type="checkbox"/> En club <input type="checkbox"/> Nationale <input type="checkbox"/> Stage hors club <input type="checkbox"/> Régionale <input type="checkbox"/> Cabinet médical <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/>	
Nationalité / Nationality : <b>USA</b>	Date de naissance : <b>1975/10/14</b>	Sexe / Sex : <b>M</b>	
Fédération - Discipline / Sport : <b>UCI FF CYCLISME</b>			
Nom de l'épreuve - Ville - CP / Event and place : <b>ETI ET</b> <b>TOUR DE FRANCE 15</b>			

## **Notification de contrôle et accusé de réception / Notification of testing and acknowledgement**

Vous êtes convoqué(e) à un contrôle antidopage / You are hereby summoned to appear for doping test		
Date / Date : <b>18-07-2006</b>	Heure de remise de la notification : <b>16.10 h.</b>	Lieu du contrôle / Place of test : <b>CALPE 2 HUBS WHITE MOBILE</b>
Je confirme avoir reçu et pris connaissance de cette convocation. Je sais que je serai en infraction et que je serai passible de sanctions si je ne me présente pas au contrôle, muni(e) d'une licence de compétition avec photo en cours de validité. Je prends acte que je peux me faire accompagner lors du contrôle par une personne de mon choix. I hereby acknowledge that I have received and examined this summons. I am aware that I will be violating the charter of the organization if I do not attend the test, for which I may be sanctioned. Bring a valid identification or a valid competition card with a photo. I'm informed that I may be accompanied by one person of my choice during testing.		
Nom et signature du sportif à contrôler : Print name and signature of person to be tested <b>LANDIS, FLOYD</b>		
Nom et signature du Délégué Fédéral / Name and signature of Federal Delegate : <b>VAN GESTEL, JAN</b>		
Nom et prénom du médecin / Name of doctor : (en toutes lettres) <b>TOLLEMBERE, BRUNO</b>		Signature du Médecin : Signature of Doctor : <b>OTIS</b>

## **Réalisation du contrôle / Test completion**

Heure d'arrivée / Time of arrival : <b>17.40 h.</b>	Date du prélèvement / Sampling date : <b>18-07-2006</b>	Heure du prélèvement / Sampling time : <b>17.50 h.</b>	Identification / Identification : Licence / Licence : <input checked="" type="checkbox"/> Carte d'identité / ID : <input type="checkbox"/> Passport / Passport : <input type="checkbox"/> Autre / Other : <input checked="" type="checkbox"/>
Échantillons A et B / Samples A and B Code Flacon (et container) n° / bottle Code <b>994075</b>		Quantité totale d'urine, sang, ml Total amount of urine, blood, ml <b>100 ml</b>	Densité / Specific Gravity <b>1.020</b>
			pH / pH <b>6.0</b>

## **Échantillon d'urine insuffisant / Insufficient urine sample**

Scellés intermédiaires (à utiliser en cas d'échantillon insuffisant, si moins de 75 ml d'urine). Intermediary seal number(s) (for use in the case of an insufficient sample, less than 75 ml of urine).	Premier n° / First n°	Deuxième n° / Second n°	Troisième n° / Third n°

## **Constat de non-venue au contrôle / The athlete failed to come for control**

Signature du Médecin / Signature of Doctor :	Refus Refusal	Empêchement Obstacle
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>

## **Médicaments / Drugs ☒ OUI ☐ NON**

## **Commentaires sur la procédure / Comments on procedure**

Médicaments déclarés avoir été pris récemment / Drugs declared to have been recently used : (éventuellement nom du médecin prescripteur) <b>5/05/2006 Dexaméthasone 600mg Durex 6.8 semaines</b> <b>5/05/2006 Althylc prochlorazone 600mg Durex 6.8 semaines</b> <b>31/1/2006 Dexaméthasone ultra actionnelle Durex 2 mois</b> <b>21/1/2006 Methylc prochlorazone ultra actionnelle Durex 2 mois</b>	Commentaires sur la procédure / Comments on procedure : <b>(AUT)</b>
---	---

## **Confirmation / Confirmation**

Je déclare sur l'honneur que les renseignements que j'ai donnés ci-dessus sont exacts et que j'approuve la procédure de contrôle. / I declare on honour that the information I have given above is true and I approve the testing procedure.		Signature du Délégué Fédéral Signature of Federal Delegate <b>[Signature]</b>
Signature du sportif contrôlé : Signature of person tested : <b>[Signature]</b>	Signature du Médecin : Signature of Doctor : <b>[Signature]</b>	Signature de l'accompagnateur (éventuel) : Signature of accompanying person (if any) : <b>[Signature]</b>

Exemplaire destiné au Conseil de prévention et de lutte contre le dopage - 39, rue Saint-Denis - 75001 Paris - Tél. : 01 40 62 76 76

Nom et prénom du Sportif / Name of person to be tested : <b>LANDIS FLOYD</b>		Nationalité de la Fédération dont relève le sportif / The Federation's nationality of the person to be tested : <b>USA</b>	
Adresse / Postal address : <b>23356 BISHOP ROAD CA 92562 MURRIETA (USA)</b>		Organisme demandeur le contrôle / Organisation requesting the test : <input type="checkbox"/> Ministère chargé des Sports <input type="checkbox"/> Direction régionale de la Jeunesse et des Sports <input type="checkbox"/> Fédération nationale <input checked="" type="checkbox"/> Fédération internationale <b>26 JUL. 2006</b>	
N° de licence : <b>0020272</b>		Type de contrôle / Type of test : Inopiné : <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	
Nationalité / Nationality : <b>USA</b> Date de naissance : <b>14.10.1975</b> Sexe / Sex : <b>M</b> <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Compétition Internationale <input checked="" type="checkbox"/> Nationale <input type="checkbox"/> Régionale <input type="checkbox"/>	
Fédération - Discipline / Sport : <b>UCI - FEL CYCLISME</b>		Hors compétition En club <input type="checkbox"/> Stage hors club <input type="checkbox"/> Cabinet médical <input type="checkbox"/> Sulvi <input type="checkbox"/>	
Nom de l'épreuve - Ville - CP / Event and place : <b>TOUR DE FRANCE 19<sup>ème</sup> ETAPE</b>			
Notification de contrôle et accusé de réception / Notification of testing and acknowledgement			
Vous êtes convoqué(e) à un contrôle antidopage / You are hereby summoned to appear for doping test			
Date / Date : <b>22/07/2006</b>		Heure de remise de la notification : <b>17h30</b>	
Lieu du contrôle / Place of test : <b>MONTCEAU LES MINES UNITE MOBI</b>			
Je confirme avoir reçu et pris connaissance de cette convocation. Je sais que je serai en infraction et que je serai passible de sanctions si je ne me présente pas au contrôle, muni(e) d'une licence de compétition avec photo en cours de validité. Je prends acte que je peux me faire accompagner lors du contrôle par une personne de mon choix. I hereby acknowledge that I have received and examined this summons. I am aware that I will be violating the charter of the organization if I do not attend the test, for which I may be sanctioned. Bring a valid identification or a valid competition card with a photo. I'm informed that I may be accompanied by one person of my choice during testing.		Nom et signature du sportif à contrôler : <b>LANDIS</b> Print name and signature of person to be tested	
Nom et signature du Délégué Fédéral / Name and signature of Federal Delegate : <b>MERAVIGLIA Giovanni</b>		Signature du Médecin : <b>BORDABERRY GERARD</b>	
Nom et prénom du médecin / Name of doctor : <b>BORDABERRY GERARD</b>			
Réalisation du contrôle / Test completion			
Heure d'arrivée / Time of arrival : <b>17h50</b>		Date du prélèvement / Sampling date : <b>22/07/2006</b>	
Heure du prélèvement / Sampling time : <b>18h05</b>		Identification / Identification : Licence / Licence : <input checked="" type="checkbox"/> Carte d'identité / ID : <input type="checkbox"/> Passport / Passport : <input type="checkbox"/> Autre / Other : <input type="checkbox"/>	
Échantillons A et B / Samples A and B Code Flacon (et container) n° / bottle Code <b>994080</b>		Quantité totale d'urine, sang, ml Total amount of urine, blood, ml <b>100 ml</b>	
Donnée / Specific Gravity <b>1.030</b>		pH / pH <b>6</b>	
Échantillon d'urine insuffisant / Insufficient urine sample			
Scalés intermédiaires (à utiliser en cas d'échantillon insuffisant, si moins de 75 ml d'urine). Intermediary seal numbers (for use in the case of an insufficient sample, less than 75 ml of urine).		Premier n° / First n° Deuxième n° / Second n° Troisième n° / Third n°	
Constat de non-venue au contrôle / The athlete failed to come for control			
Signature du Médecin / Signature of Doctor :		Refus Refusal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Empêchement Obstacle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Médicaments / Drugs <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Médicaments déclarés avoir été pris récemment / Drugs declared to have been recently used : (éventuellement nom du médecin prescripteur) <b>5.5.06 Escamothame Vethyl/marolone 600ml 8.7.06 Escamothame infusé 2-ml 8.1.06 Vethyl/marolone 600ml</b>		Commentaires sur la procédure / Comments on procedure : <b>Bandelettes urinaires Tracur proutiens</b>	
Confirmation / Confirmation			
Je déclare sur l'honneur que les renseignements que j'ai donnés ci-dessus sont exacts et que j'approuve la procédure de contrôle. / I declare of honour that the information I have given above is true and I approve the testing procedure.		Signature du Délégué Fédéral Signature of Federal Delegate <b>Meraviglia Giovanni</b>	
Signature du sportif contrôlé : Signature of person tested :		Signature du Médecin : Signature of Doctor :	
Signature de l'accompagnateur (éventuel) : Signature of accompanying person (if any) :			

# PROCÈS-VERBAL DE CONTRÔLE ANTIDOPAGE / DOPING CONTROL FORM CONFIDENTIEL / CONFIDENTIAL

Nom et prénom du Sportif / Name of person to be tested : <b>LANDIS, FLOYD</b>		Nationalité de la Fédération dont relève le sportif / The Federation's nationality of the person to be tested : <b>USA</b>	
Adresse / Postal address : <b>23356 BISHOP ROAD CA 92562 HURRIETA ETATS UNIS (USA)</b>		Organisme demandant le contrôle / Organization requesting the test : <input type="checkbox"/> Ministère chargé des Sports <input type="checkbox"/> Direction régionale de la Jeunesse <input type="checkbox"/> Fédération nationale <input checked="" type="checkbox"/> Fédération internationale	
N° de licence : <b>002.02.72 / USA 1975 1014</b>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>Conseil de prévention et de lutte contre le dopage</b>   <b>26 JUL. 2006</b> </div>	
Nationalité / Nationality : <b>USA</b> Date de naissance / Birth Date : <b>1975/10/14</b> Sexe / Sex : <b>M</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>F</b>			
Fédération - Discipline / Sport : <b>UCI - FF CYCLISTE</b>		Type de contrôle / Type of test : Inopiné : <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
Nom de l'épreuve - Ville - CP / Event and place : <b>TOUR DE FRANCE 20 ET</b>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>           Compétition            Internationale <input checked="" type="checkbox"/>            Nationale <input type="checkbox"/>            Régionale <input type="checkbox"/> </div> <div>           Hors compétition            En club <input type="checkbox"/>            Stage hors club <input type="checkbox"/>            Cabinet médical <input type="checkbox"/>            Suivi <input type="checkbox"/> </div> </div>	

## Notification de contrôle et accusé de réception / Notification of testing and acknowledgement

Vous êtes convoqué(e) à un contrôle antidopage / You are hereby summoned to appear for doping test		
Date / Date : <b>23-07-2006</b>	Heure de remise de la notification : <b>17-30 h.</b>	Lieu du contrôle / Place of test : <b>PARIS, UNITÉ MOBILE</b>
Je confirme avoir reçu et pris connaissance de cette convocation. Je sais que je serai en infraction et que je serai passible de sanctions si je ne me présente pas au contrôle, muni(e) d'une licence de compétition avec photo en cours de validité. Je prends acte que je peux me faire accompagner lors du contrôle par une personne de mon choix. I hereby acknowledge that I have received and examined this summons. I am aware that I will be violating the charter of the organization if I do not attend the test, for which I may be sanctioned. Bring a valid identification or a valid competition card with a photo. I'm informed that I may be accompanied by one person of my choice during testing.		
Nom et signature du sportif à contrôler : Print name and signature of person to be tested <b>LANDIS, FLOYD</b>		Nom et signature du Délégué Fédéral / Name and signature of Federal Delegate: <b>VAN GELTEL, JAR</b>
Nom et prénom du médecin / Name of doctor : (en toutes lettres) <b>TOLLENAERE, BRUNO</b>		
Signature du Médecin : Signature of Doctor : <b>[Signature]</b>		

## Réalisation du contrôle / Test completion

Heure d'arrivée / Time of arrival : <b>10.45 h.</b>	Date du prélèvement / Sampling date : <b>23-07-2006</b>	Heure du prélèvement / Sampling time : <b>18.50 h.</b>	Identification / Identification : Licence / Licence : <input checked="" type="checkbox"/> Carte d'identité / ID : <input type="checkbox"/> Passport / Passport : <input type="checkbox"/> Autre / Other : <input checked="" type="checkbox"/>
Échantillons A et B / Samples A and B Code Flacon (et container) n° / bottle Code <b>994171</b>		Quantité totale d'urine, sang, ml Total amount of urine, blood, ml <b>110 ml</b>	Densité / Specific Gravity <b>1.020</b>

## Échantillon d'urine insuffisant / Insufficient urine sample

Scellés intermédiaires (à utiliser en cas d'échantillon insuffisant, si moins de 75 ml d'urine). Intermediary seal number(s) (for use in the case of an insufficient sample, less than 75 ml of urine).	Premier n° / First n°	Deuxième n° / Second n°	Troisième n° / Third n°
--	-----------------------	-------------------------	-------------------------

## Constat de non-venue au contrôle / The athlete failed to come for control

Signature du Médecin / Signature of Doctor :	Refus Refusal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Empêchement Obstacle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
--	---	--

## Médicaments / Drugs ☒ OUI ☐ NON ☐ (AUT)

Médicaments déclarés avoir été pris récemment / Drugs declared to have been recently used : (éventuellement nom du médecin prescripteur) <b>D 5/05/2006 DEXAMETHASONE local Durec 6 3m</b> <b>B 5/05/2006 Methylprednisolone local Durec 6 3m</b> <b>B 8/07/2006 DEXAMETHASONE inhalation Durec 2 mds</b> <b>B 2/07/2006 Methylprednisolone inhalation Durec 2 mds</b> <b>07/2006 Dexamethasone corticostéroïde</b>	Commentaires sur la procédure / Comments on procedure : Commentaires sur la procédure / Comments on procedure :
---	--

## Confirmation / Confirmation

Je déclare sur l'honneur que les renseignements que j'ai donnés ci-dessus sont exacts et que j'approuve la procédure de contrôle. / I declare on honour that the information I have given above is true and I approve the testing procedure.		
Signature du sportif contrôlé : Signature of person tested : <b>[Signature]</b>	Signature du Médecin : Signature of Doctor : <b>[Signature]</b>	Signature de l'accompagnateur (éventuel) : Signature of accompanying person (if any) : <b>[Signature]</b>

Exemplaire destiné au Conseil de prévention et de lutte contre le dopage - 39, rue Saint-Dominique - 75700 Paris - Tél. : 01 40 82 76 76